Année 1973

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Alain BOIN

Né le 24 Mars 1944 à ASNIERES (92)

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 1973

REFLEXIONS A PROPOS D'UN CAS DE « LUTEOME »

Président : Monsieur J BAUMANN Professeur

Année 1973

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Alain BOIN

Né le 24 Mars 1944 à ASNIERES (92)

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 1973

REFLEXIONS A PROPOS D'UN CAS DE « LUTEOME »

Président : Monsieur J BAUMANN Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon épouse

A mon fils

A mes parents

A mes beaux-parents

A mes soeurs

A mes amis

A tous les miens

A Monsieur le Professeur Agrégé Ph. ENGELMAN

qui m'a proposé le sujet de cette
thèse et m'a guidé pas à pas dans
son élaboration
qu'il me permette de lui apporter
ici avec une profonde gratitude,
l'hommage de mes sentiments respectueux

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543921_0162

A Monsieur le Professeur J. BAUMANN

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
qu'il veuille bien recevoir l'hommage
de notre profonde et respectueuse
reconnaissance

A Monsieur le Professeur P. MORIN

qui m'a accueilli dans son service où
a été réalisée notre observation

A Monsieur le Professeur ROUJEAU
A Madame le Docteur LECESTRE

qui nous ont fourni les données
anatomopathologiques

A Monsieur le Professeur M.F. JAYLE

qui a réalisé les dosages hormonaux

qu'ils trouvent ici le témoignage de
notre profonde et respectueuse gratitude

A mes Maîtres de la Faculté

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

- Docteur J.M. AUCLAIR
- Professeur E. AZERAD
- Docteur J. BALAZUC
- Professeur Agrégé J. BETOURNE
- Docteur H. DIRIART
- Professeur Cl. LAROCHE
- Docteur F. LAZARD
- Professeur Agrégé L. LEBOURG
- Professeur J.L. LORTAT-JACOB
- Professeur P. MORIN
- Docteur J. POUJOL
- Docteur R.A. SCHWOB
- Professeur R. VIGUIE

REFLEXIONS A PROPOS D'UN CAS DE "LUTEOME"

P L A N

I . Introduction - Historique

II . Rappels

1 - Embryologie de l'ovaire
2 - Physiologie de l'appareil folliculaire
3 - Stéroïdogénèse

III . Rapport d'un cas de "lutéome"

IV . Discussion - Revue de la littérature

V . Conclusions

VI . Iconographie

VII . Bibliographie

- I -

INTRODUCTION - HISTORIQUE

Problème datant de près d'un siècle, la classification des tumeurs de l'ovaire ne fit que se compliquer, surtout depuis qu'aux "trouvailles" d'autopsie succédèrent les découvertes anatomopathologiques des pièces opératoires.

De nombreux critères peuvent servir de base à tout essai de classification : symptomatologie clinique, pronostic, étude macroscopique, données biochimiques, embryologie, histologie, histogénèse, fonction endocrine...

La multiplicité des classifications que l'on retrouve dans la littérature prouve qu'aucune n'est pleinement satisfaisante c'est-à-dire permettant d'incorporer toute nouvelle tumeur ovarienne.

Parmi les classifications classiques et les plus connues, nous citerons celles de :

LECENE (1930)
- tumeurs bénignes
- tumeurs malignes

NOVAK (1952)
- tumeurs bénignes
- tumeurs malignes
- tumeurs kystiques
- tumeurs non kystiques

HERBURTH (1953)
- tumeurs fonctionnelles
- tumeurs non fonctionnelles

MASSON (1956)
- tumeurs homologues
- tumeurs hétérologues
- tumeurs secondaires

En 1954, MEGE retrouvait 75 classifications au cours des trente dernières années.

Aux Etats-Unis existe l'"Ovarian Tumor Registry" dans lequel sont colligées les observations de tumeurs ovariennes. Malgré un examen attentif par tous les membres de la Commission, plus de 10 % des tumeurs sont inclassables.

Récemment en Juin 1965, J. VARANGOT publiait dans la "Revue du Praticien" une classification n'ayant pas la prétention de résoudre les problèmes antérieurs mais d'exposer le plus clairement possible les principales variétés de tumeurs ovariennes actuellement connues.

C'est parmi les tumeurs à activité endocrine que nous avons essayé de classer notre observation de "lutéome".

VARANGOT distingue :

- les tumeurs féminisantes
  - tumeurs de la granulosa
  - tumeurs de la thèque interne

- les tumeurs masculinisantes
  - arrhénoblastome de R. MEYER
  - tumeurs à grandes cellules riches en lipides
    - corticosurrénalomes aberrants
    - lutéomes
    - tumeurs des cellules interstitielles du hile

- les tumeurs mixtes
  - gynandroblastome de R. MEYER

- et enfin le folliculome lipidique de LECENE
  (tumeur des cellules de SERTOLI pour TEILUM)

Le pronostic de toutes ces tumeurs les fait classer parmi les tumeurs malignes car elles donnent fréquemment des métastases.

Ainsi le lutéome est classé parmi les tumeurs masculinisantes, cependant il a été décrit des tumeurs ovariennes baptisées "lutéomes" mais à symptomatologie féminisante. Nous citerons enfin les lutéomes contemporains de la grossesse étudiés par STERNBERG et qui constituent le plus souvent des découvertes au cours des césariennes.

Le cas de "lutéome" que nous avons observé ne peut entrer dans l'un de ces cas, ni dans la classification de VARANGOT car nous n'avions ni hirsutisme, ni syndrome de féminisation et la période d'observation était le début de la ménopause donc en dehors d'une grossesse.

Pour essayer de cerner le problème des "lutéomes", nous ferons un rappel embryologique et physiologique de l'ovaire, du follicule primordial, du corps jaune ainsi qu'un schéma de l'hormonogénèse.

- II - I -

Rappel de l'embryologie de l'ovaire

La glande génitale féminine est constituée à partir d'une masse mésenchymateuse qui se trouve à la face antérieure du corps de Wolf et revêtue d'un épaississement de l'épithélium coelomique : l'épithélium germinatif.

La prolifération de cet épithélium en cordons pleins ou cellulaires donne les cordons sexuels. Ceux-ci s'isolent rapidement de leur base d'origine et viennent en contact avec un dérivé du mésonéphros : l'organe de Mihalkovicz.

Classiquement, il y avait une deuxième poussée de cordons sexuels, les premiers donnant les cordons médullaires et finalement le rete ovarii à signification mâle et les derniers donnant les cordons de Valentin Pflüger dans la corticale ovarienne. C'est à partir de ces cordons que vont se différencier les follicules primordiaux : ovocytes et cellules de la granulosa.

Récemment, il a été admis qu'il n'y a pas deux poussées de cordons.

Seules les cellules de la granulosa seraient originaires de l'épithélium germinatif.

Les ovogonies se différencieraient dans la paroi de la vésicule ombilicale puis migreraient dans le mésenchyme donnant ainsi la glande génitale femelle.

Le mésenchyme de la portion hilaire (cellules de Berger) ferait partie à l'origine du blastème du mésonéphros qui donnera le cortex surrénalien.

On explique ainsi la possibilité de production de stéroïdes masculinisants par l'ovaire.

Rappel de la physiologie de l'appareil folliculaire

Avant la naissance, il existe déjà un stock de 400.000 follicules primordiaux environ dont un seul en principe évoluera à maturité à chaque cycle.

Ainsi au cours de sa vie génitale active, une femme mènera à maturation 400 à 500 follicules, les autres subiront un processus d'atrésie.

La maturation du follicule primordial comprenant à l'origine un ovocyte entouré d'une assise épithéliale, va se faire par prolifération de la granulosa qui se creuse d'une cavité (antrum).

Au contact de la granulosa, le conjonctif ovarien se différencie en une glande endocrine temporaire : la thèque interne.

Entre la thèque interne et la granulosa se trouve la membrane de Slaviansky ; autour de la thèque interne, la thèque externe.

Autour de l'ovocyte, les cellules de la granulosa forment une assise radiée, le cumulus proliger.

En quelques jours, le follicule va donner le follicule de De Graaf qui en se rompant provoque l'ovulation : phénomène primordial du cycle.

La granulosa est alors pénétrée par des vaisseaux issus de la thèque interne franchissant la membrane de Slaviansky avec souvent une petite hémorragie au centre du follicule. C'est la naissance du corps jaune.

Les cellules de la granulosa s'hypertrophient, se chargent de pigments lipidiques donnant ainsi naissance aux cellules lutéales granuleuses.

Les cellules thécales accompagnent la pénétration vasculaire et se chargent de lipides ;

elles deviennent les cellules lutéales thécales.

Si une fécondation n'intervient pas, le corps jaune va involuer en Corpus Albicans.

Si une fécondation se produit, le corps jaune persiste et devient une glande endocrine très importante de la grossesse.

Rappel de la stéroïdogénèse

Le corps jaune a pour principale sécrétion la progestérone mais il sécrète également des oestrogènes (oestradiol et oestrone).

Cette dualité de la sécrétion du corps jaune est particulière à l'espèce humaine et à quelques primates supérieurs.

La progestérone viendrait des cellules granuleuses lutéales et les oestrogènes, des cellules lutéales thécales.

En fait, des expériences (Falch) de transplantation de ces divers tissus produisent une induction de sécrétion d'oestrogènes.

Le stroma ovarien sécrète de faibles quantités d'androgènes : Δ 4 androstenedione, testostérone, DHA et des oestrogènes (oestradiol, oestrone) en faible quantité.

Des expériences de R. SAVARD in vitro avec incubation de C 14 avec des tranches fines d'ovaire ont permis de démontrer la formation de DHA, AD et testostérone. Des dissections ont montré que c'est le stroma ovarien qui sécrète essentiellement les androgènes et spécialement la testostérone.

En présence d'HCG, la sécrétion d'androgènes est augmentée.

Reste le problème de l'extrapolation de ces faits à ce qui se passe in vivo. Nous ne saurions nous engager sur ce point.

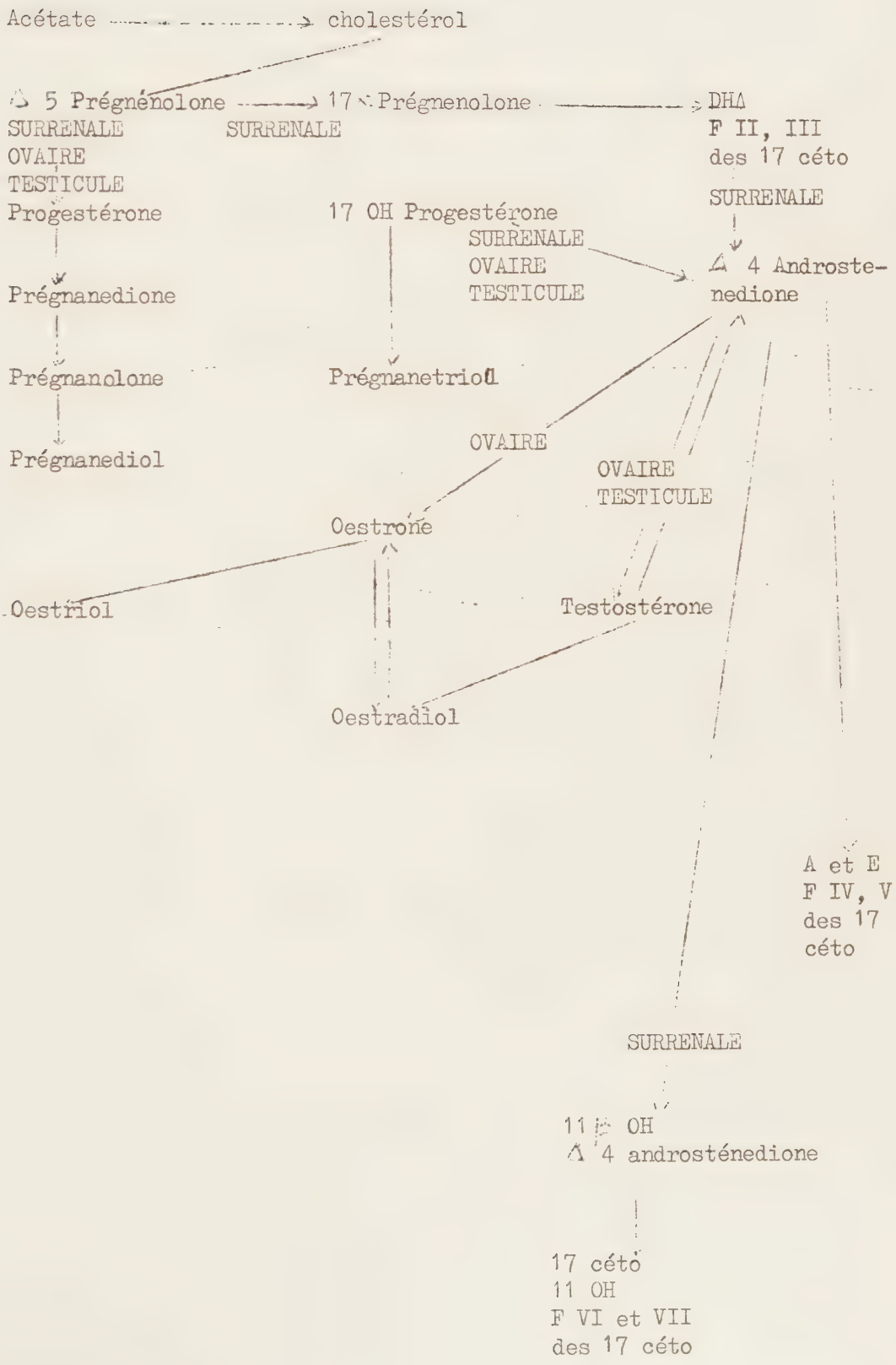
Dans les urines, on dosera :

Métabolite de la progestérone
- prégnandiol

Métabolite des oestrogènes
- oestrone
- oestradiol
- oestriol

Métabolite des androgènes
- 17 céto ; 11 oxygénés
- DHA
- androstérone
- étiocholanolone

Un fractionnement est possible par la chromatographie en phase gaz liquide suivant la technique de M.F. JAYLE.


Acétate
cholestérol
Δ 5 Prégnénolone
SURRENALE
OVAIRE
TESTICULE
17 Prégnenolone
SURRENALE
DHA
F II, III
des 17 céto
SURRENALE
Progestérone
17 OH Progestérone
SURRENALE
OVAIRE
TESTICULE
Δ 4 Androste-
nedione
Prégnanedione
Prégnanolone
Prégnanetriol
Prégnanediol
OVAIRE
OVAIRE
TESTICULE
Oestrone
Oestriol
Testostérone
Oestradiol
A et E
F IV, V
des 17
céto
SURRENALE
11 β OH
Δ 4 androsténedione
17 céto
11 OH
F VI et VII
des 17 céto

Rapport d'un cas de "lutéome"

La patiente est âgée de 50 ans lorsqu'elle entre dans le service.

Ses antécédents gynécologiques s'énoncent ainsi :
- premières règles vers l'âge de 13 ans $\frac{1}{2}$
- depuis, cycles réguliers de 20 à 25 jours environ la durée des menstruations étant en moyenne de 5 à 6 jours et leur abondance normale.

Les dernières "règles" connues datent du 22 Mai 1972.

Quant aux antécédents obstétricaux, on note deux accouchements à terme avec des poids de naissance de 2 kgs 500 dans les deux cas.

Anamnèse : Madame S... était bien réglée jusqu'au mois de Septembre 1971 quand, alors qu'elle croyait sa ménopause installée, surviennent des métrorragies. Un traitement fait en ville n'apporte qu'une amélioration transitoire.

Un bilan gynécologique est alors pratiqué :

. Frottis 3 étages : Classe II
. Biopsie d'endomètre : R A S
. Cliniquement : col subnormal
utérus un peu gros
annexes : petite sensibilité dans le cul de sac droit avec petite rétraction probablement datant du premier accouchement
. Hystérographie : cavité déformée agrandie sans doute par des myomes...

Devant ces hémorragies fonctionnelles contemporaines de la ménopause et ayant mal cédé au traitement, on se propose de faire une hystérectomie non conservatrice.

Dans le cadre d'une exploration générale du fonctionnement ovarien réalisée dans le service, on effectue avant l'intervention une épreuve de stimulation par les gonadotrophines.

5000 UI de gonadotrophines sont administrées 3 jours de suite et on procède au prélèvement d'urines le 4e jour.

Les résultats sont les suivants :

- volume urinaire	1340 ml/24 heures
- créatinine	1,22 g/24 heures
- prégnandiol	0,8 mg/24 heures
- oestrogènes	22 ug/24 heures

Conclusion : absence d'activité lutéale

L'intervention est effectuée ensuite avec hystérectomie totale et castration selon la technique de WIART.

En cours d'intervention et toujours dans le cadre d'une exploration du fonctionnement ovarien, des prélèvements sanguins sont effectués au niveau de l'artère utérine droite, de la veine lombo-ovarienne droite et de la veine utérine droite.

Les résultats sont les suivants pour le dosage de la progestérone et de l'oestradiol dans les divers échantillons :

Artère utérine	
. progestérone	25,2 ng/ml
. oestradiol	55 pg/ml
Veine lombo-ovarienne	
. progestérone	25,6 ng/ml
. oestradiol	traces

veine utérine

. progestérone	25,4 ng/ml
. oestradiol	50 pg/ml

Conclusion : réponse nulle aux gonadotrophines

Compte-rendu anatomopathologique

I Annexes

- trompes : aucune anomalie

- ovaire droit : il existe dans cet ovaire au niveau de la médullaire, une formation tumorale de 2 cm de diamètre, d'aspect homogène et assez bien limitée, constituée de volumineux boyaux tumoraux rappelant par leur aspect goudronné, un corps jaune.

  Ces travées sont constituées de cellules volumineuses éosinophiles qui sont vraisemblablement des cellules de la granulosa lutéinisées.

  Entre ces cordons existe une deuxième composante cellulaire, formée de petites cellules à tendance fusiforme qui sont probablement des cellules thécales en involution fibreuse.

  Conclusion : tumeur de la granulosa formée de cellules fortement lutéinisées (lutéome).

II Utérus

A l'ouverture, on ne trouve pas de polypes endocavitaires mais à la coupe, on note une dystrophie cervicale importante.

Histologiquement, les glandes endocervicales sont anormalement nombreuses, dilatées, kystiques, réalisant de nombreux oeufs de Naboth juxtaposés.

L'endomètre est épais, le chorion est peu dense, oedémateux ; on y retrouve de rares pelotons d'artères spiralées ; leur épithélium est le plus souvent pseudo-stratifié. On n'observe pas de mitose. L'état sécrétoire est difficile à apprécier sur cet endomètre qui a été mal fixé.

Conclusion : importante dystrophie kystique endocervicale. Endomètre d'aspect fonctionnel sinon hyperplasique chez cette femme ménopausée, vraisemblablement en rapport avec une hyperstimulation hormonale d'origine tumorale ovarienne.

- IV -

Discussion - Revue de la littérature

Au total, nous rapportons l'observation d'un "lutéome" chez une femme de 50 ans non gravide, ménopausée, sans signes cliniques ou biologiques d'hypersécrétion hormonale (en regrettant toutefois que l'on n'ait pu obtenir les 17 cétostéroïdes) que nous avons essayé de faire entrer dans les classifications existantes.

Cette incorporation se révélant impossible, nous avons passé en revue les diverses publications de tumeurs de l'ovaire présentant une certaines analogie avec notre observation.

Les lutéomes, nous l'avons vu, sont observés dans trois grands types de circonstances :

- grossesse
- syndrome de virilisation
- syndrome de féminisation

Notre cas ne peut donc être assimilé aux aux rapports faisant état d'une de ces circonstances.

Nous avons en pratique simplement trouvé dans un article de R.E. SCULLY des observations apparentées à la nôtre. R.E. SCULLY décrit 6 cas personnels de "lutéome" et en retrouve 5 dans la littérature. (Cf tableau ci-contre)

Les cas 1-2-6 ne font pas état d'hirsutisme, ni d'autres faits marquants notamment sécrétion de stéroïdes anormales et ainsi peuvent être rapprochés de notre observation.

Dans sa conclusion, SCULLY considère que les cellules tumorales des lutéomes dérivent du stroma ovarien.

Pour notre anatomo-pathologiste, les

cellules composant la tumeur ressemblent, certaines fortement à des cellules de la granulosa lutéinisées, d'autres à des cellules thécales lutéinisées.

De Brux parlant des lutéomes de la grossesse dit qu'ils doivent être distingués des tumeurs de la granuleuse lutéinisée, leur origine étant soit la lutéinisation des nodules thécaux provenant des follicules atrétiques (glande interstitielle de Dubreuil), soit du stroma de l'ovaire.

Mac Kay pense également que l'origine de certaines tumeurs féminisantes (variété de lutéome) est le follicule atrétique.

Des thécogranulomes ou granulo-thécomes ont été décrits mais ils sont contestés par certains qui veulent distinguer les tumeurs de la granulosa et les tumeurs de la thèque interne.

Dans notre observation, la tumeur ovarienne était constituée de deux sortes de cellules.

D'une part, des cellules volumineuses éosinophiles rappelant les cellules de la granulosa lutéinisée.

D'autre part, des petites cellules à tendance fusiforme ressemblant à des cellules thécales en involution.

Laissant aux embryologistes et anatomopathologistes le soin d'intégrer leurs avis en un système cohérent, nous ne pouvons, nous cliniciens, qu'être frappés dans le cas de notre observation, par cette dualité d'origine granuleuse et thécale qui reflète l'association physiologique de ces éléments pour la constitution du corps jaune.

Nous serions alors tentés de penser que l'origine de notre tumeur se situe au niveau des

follicules atrétiques.

La symptomatologie fonctionnelle : métrorragies, hyperplasie endocervicale, n'étant assortie d'aucune manifestation clinique typique ni élévation des stéroïdes aussi bien urinaires que sanguins, nous fera adopter pour notre diagnostic le terme de lutéome sans préjuger de son histogénèse, cette désignation reflétant surtout la lutéinisation des cellules tumorales.

Résumé des cas de SCULLY

1 -
Age : 72 ans
Histoire gynécologique :
- hystérectomie pour prolapsus 3 ans auparavant
- hyperplasie inactive de l'endomètre
Utérus : R A S
Côté : gauche
Diamètre : 15 mm
Couleur : blanchâtre avec bordure brunâtre
Localisation : pôle supérieur - loin du hile
Autres faits :
- foyer de déciduale ectopique dans l'ovaire droit

2 -
Age : 46 ans
Histoire gynécologique :
- stérilisation par R X des ovaires 26 ans avant
- règles irrégulières
- une naissance
Utérus : leiomyome de 4 cm
polypes utérins de 2 cm
adénomyome
Côté : ?
Diamètre : 2,5 mm
Couleur : non vue macroscopiquement
Localisation : cortex
Autres faits :
- cellules thécales lutéinisées
- foyer de cellules granuleuses dans l'ovaire opposé
- prédominance des cellules hilaires des 2 côtés

3 -
Age : 62 ans
Histoire gynécologique :
- saignements vaginaux 10 ans après la ménopause

Utérus :
- hyperplasie inactive de l'endomètre avec atypie cellulaire,
- leiomyome de 6 cm

Côté : gauche
Diamètre : 5 mm
Couleur : ?
Localisation : cortex
Autres faits :
- cystadénome pseudomucineux de 11 cm dans l'ovaire droit

4 -
Age : 58 ans
Histoire gynécologique :
- saignements vaginaux abondants 10 ans après la ménopause

Utérus :
- hyperplasie de l'endomètre avec sécrétion
- polype utérin
- adénomyome

Côté : ?
Diamètre : 9 mm
Couleur : grise avec du rouge
Localisation : médullaire
Autres faits :
- prédominance des cellules du hile des deux côtés
- foyer de déciduale ectopique dans l'autre ovaire

5 -
Age : 66 ans
Histoire gynécologique :
- saignements vaginaux massifs 10 ans après la ménopause
- hirsutisme facial depuis un an

Utérus :
- 1,870 kg
- leiomyome de 6 cm
- hyperplasie de l'endomètre avec polypes

Côté : gauche
Diamètre : 15 mm
Couleur : jaune brun
Localisation : pôle supérieur
Autres faits :
- R A S

6 -
Age : 54 ans
Histoire gynécologique :
- saignements vaginaux 6 ans après la ménopause

Utérus : R A S
Côté : ?
Diamètre : 8 mm
Couleur : non vue macroscopiquement
Localisation : médullaire
Autres faits :
- ovariectomie bilatérale pour cancer du sein
- foyer de lutéinisation du stroma de 1 mm dans l'autre ovaire

- V -

C O N C L U S I O N S

A l'époque des "check-up", on se devra, si l'on veut faire progresser le problème de la classification des tumeurs ovariennes, de pratiquer un bilan le plus complet possible :

- non seulement devant une suspicion de tumeur bien sûr,
- mais presque systématiquement en présence de signes fonctionnels survenant chez une femme, voire une filliette, jusque là en parfaite santé gynécologiquement parlant.

En effet, comme le montre nombre d'observations, ce n'est que par hasard qu'est faite la découverte d'une tumeur ovarienne.

Pris de court, nous ne pouvons alors réunir qu'un bilan hétéroclite et toujours incomplet.

Parfois, ce sont les données biochimiques qui sont uniquement considérées ; ailleurs, seule l'anatomopathologie existe ; enfin, plus rarement de nos jours, seule la clinique est relatée.

Des expériences avec les isotopes ont essayé d'expliquer l'origine des sécrétions retrouvées dans de nombreuses observations tant de féminisation que de masculinisation.

Malheureusement, il n'existe presque jamais de lien entre toutes ces tentatives d'approche. Pratiquement, aucun cas n'a pu bénéficier d'une identification embryologique, biochimique et histopathologique complète réalisée par des spécialistes de ces problèmes.

Nous nous heurtons au problème des cloisonnements existant le plus souvent entre les différents services de recherche de pointe.

Il nous semblerait donc utile de créer à l'instar de ce qui existe aux Etats-Unis, un registre des tumeurs ovariennes découvertes par n'importe quelle investigation, aussi bien anatomopathologique, biologique que chimique.

Dans les meilleurs cas : symptomatologie clinique ou données biochimiques éloquentes, il importera de faire un "check-up" complet ne laissant rien au hasard et de confier au spécialiste compétent ce qui ne peut être réalisé par soi-même.

Pour éviter la déconvenue d'une découverte per opératoire ou d'autopsie, il faudra attendre que la technologie des examens systématiques rende leur coût moins élevé.

On peut, pour l'instant, se contenter éventuellement d'un prélèvement sanguin et urinaire quasi systématique avant toute intervention mutilante. Conservés précieusement, ces échantillons pourront être exploités si une découverte de tumeur ovarienne intervenait au décours de l'intervention chirurgicale.

Pratiquement, seul un problème ne pourra être résolu malgré les efforts que nous pourrons déployer : c'est celui de l'évolution maligne ou bénigne de la tumeur ovarienne. Or certaines classifications prenaient comme critère le pronostic...

Dans notre observation, il n'existait pas de signes évidents de malignité. Mais on peut se poser le problème du devenir des lésions des organes cibles, utérus et seins en particulier.

Laisser évoluer et observer n'est pas concevable sinon chez les animaux mais encore faut-il avoir une tumeur semblable ou en provoquer la formation.

Ainsi malgré tous les efforts conjugués que nous pouvons faire pour explorer complètement les tumeurs ovariennes, nous serons toujours obligés de faire des hypothèses sur le devenir de la tumeur elle-même et la symptomatologie qui en découlerait.

Claude BERNARD dans l'"Introduction à l'étude de la médecine expérimentale" distingue dans son analyse :

l'Observation : le fait suggère l'idée
l'Hypothèse : l'idée dirige l'expérience
la Vérification : l'expérience juge l'idée

Notre démarche s'inspirera de ce grand Maître à penser car l'observation n'est-elle point à la base de nombreuses découvertes scientifiques ? Ainsi seule une méticuleuse application à recueillir le plus d'informations possible sur les cas de tumeurs de l'ovaire permettra de faire progresser leur identification précise et donc leur classification. Surtout elle permettra d'étayer l'indication thérapeutique et ainsi de tendre à réduire au minimum les évolutions fatales et les gestes irréparables.

- VI -

I C O N O G R A P H I E

- VI - I -

Corps jaune - vue d'ensemble
grossissement 14 ×

(d'après clichés de M. WOLF)

- VI - II -

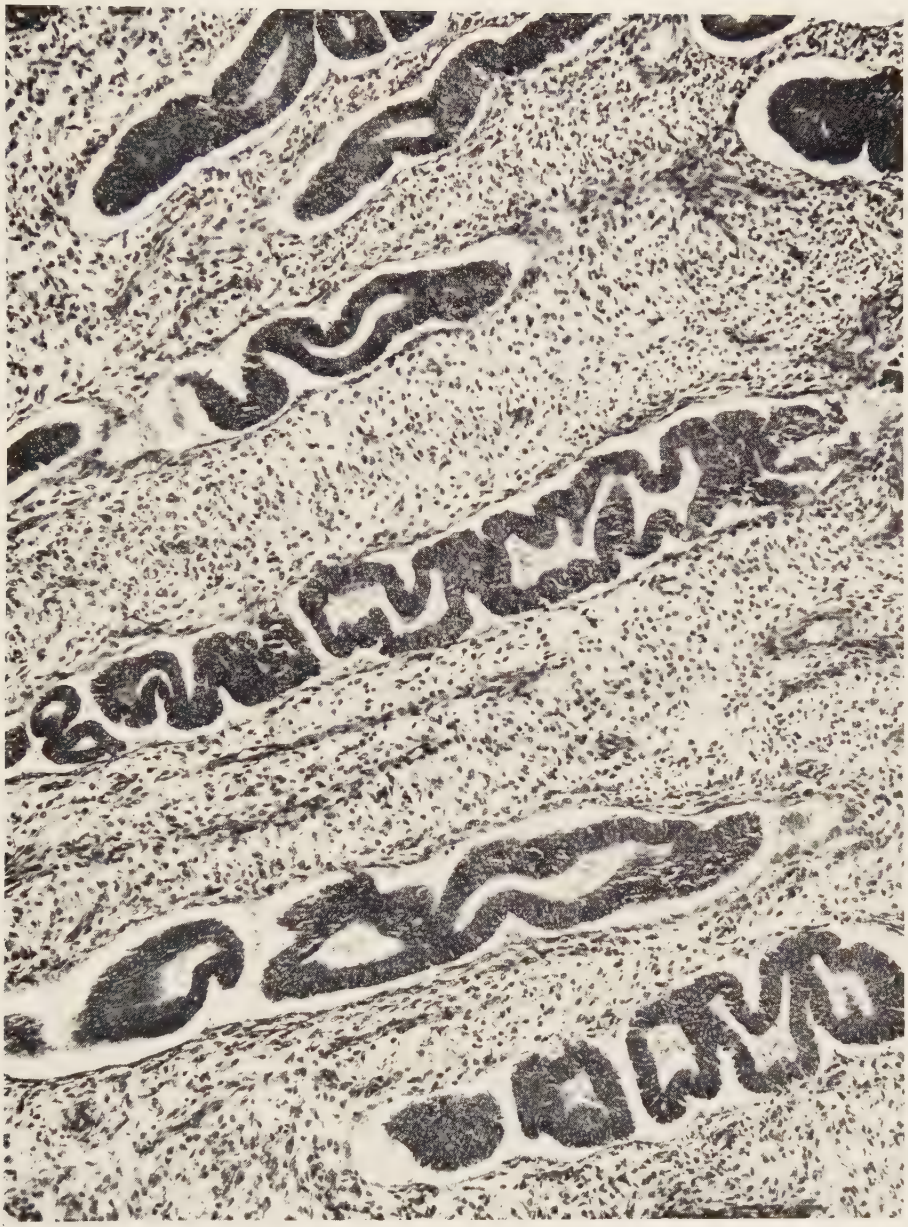
Corps jaune - détail
grossissement 164 ×

(d'après clichés de Mr WOLF)

- VI - III -

Hyperplasie des glandes de l'endomètre
grossissement 120 ×

(d'après clichés de M. WOLF)



- VI - IV -

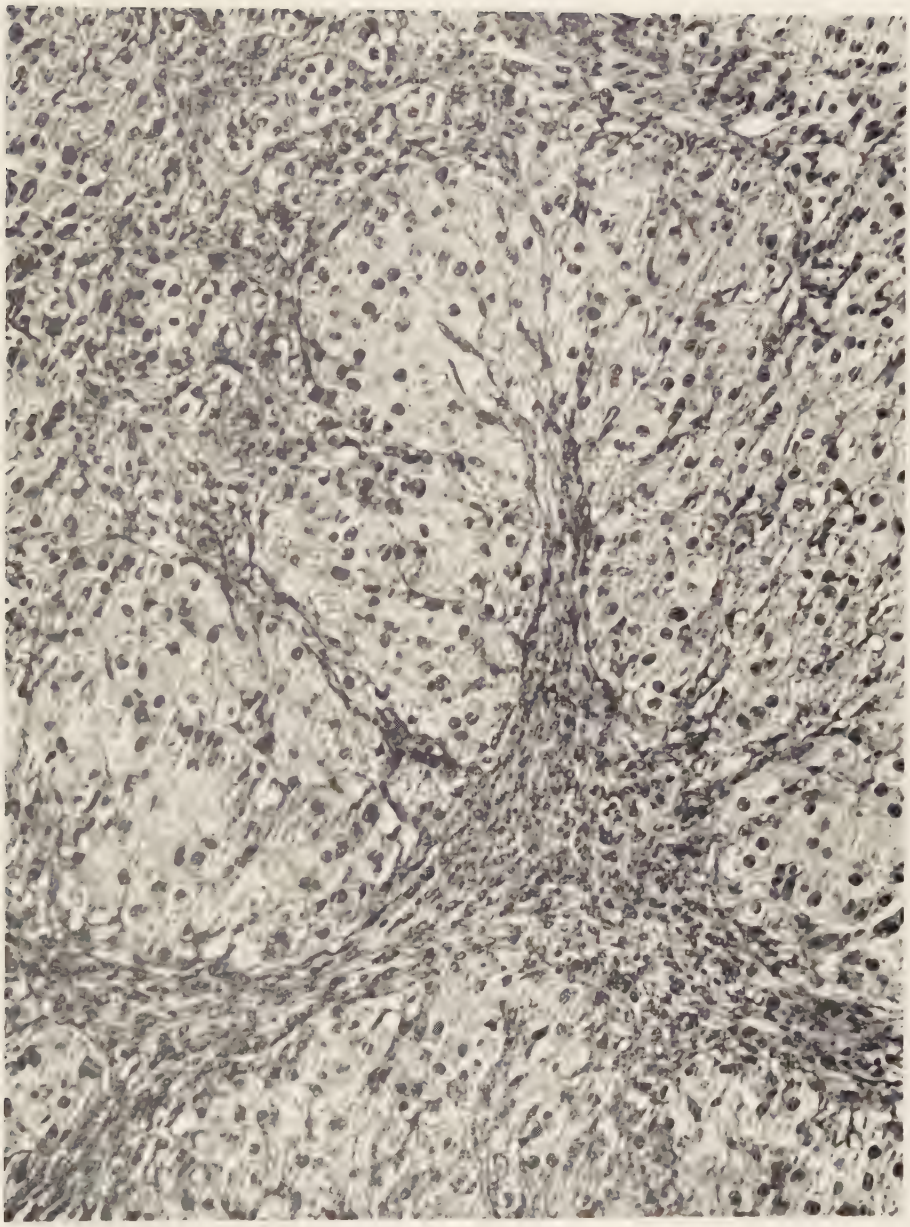
Lutéome - vue d'ensemble
grossissement 90 ×

(d'après clichés de M. WOLF)

- VI - V -

Lutéome - détail
grossissement 225 ×

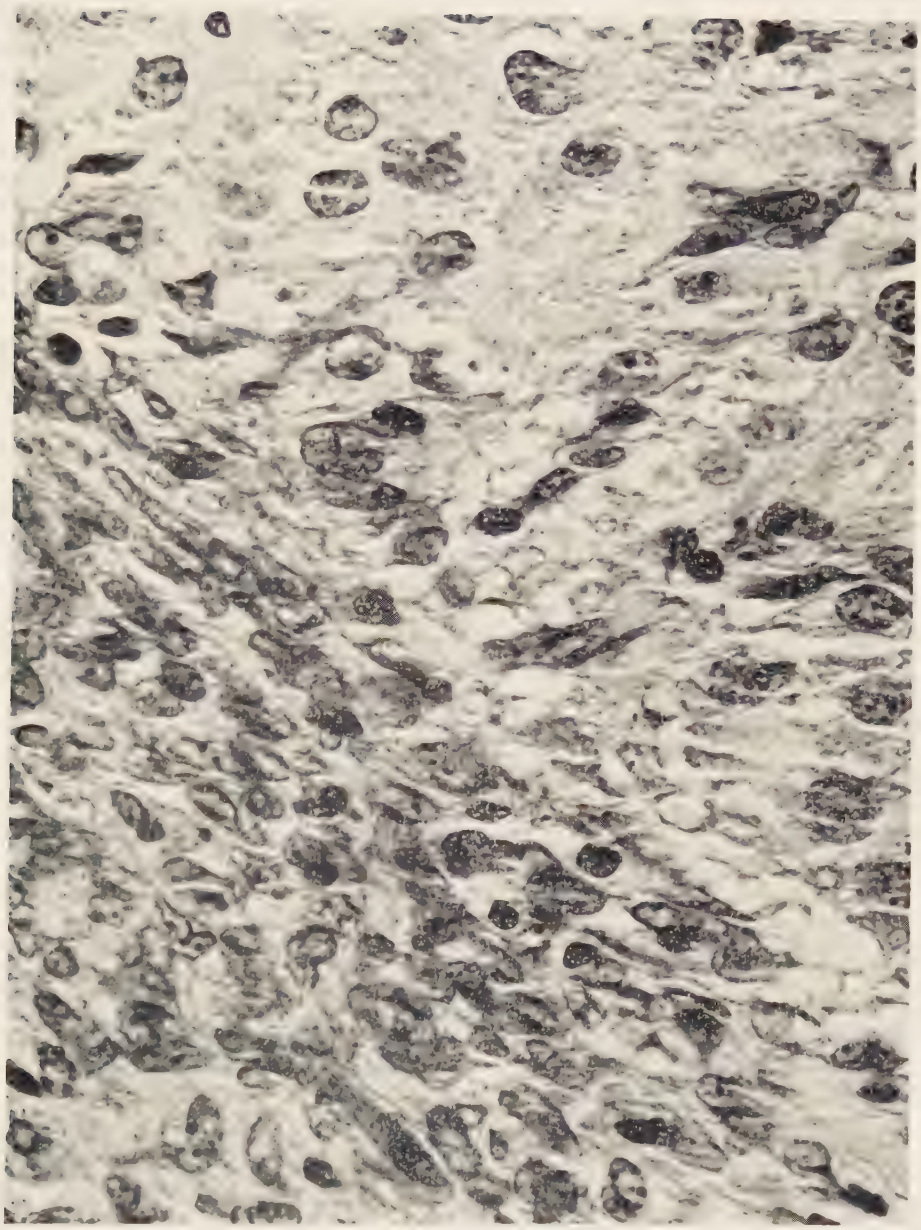
(d'après clichés de M. WOLF)



- VI - VI -

Lutéome - détail de la cytologie
grossissement 840 ×

(d'après clichés de M. WOLF)



- VII -

Bibliographie

ABELL M.R.
Cancer de l'ovaire à cellules germinales malignes non différenciées (cancer embryonnaire) avec lutéinisation du stroma et masculinisation - Amer. J. Obstet. Gynec. 15 Juin 1968 101 n° 4 - 570-572

AHUMADA J.C. SARDI J.L. AHUMADA J.L.
Corticosurrénalome de l'ovaire - Acta gin. 1951 2, n° 5, 359-374, 3 fig. (Bibliogr.)

BOTREAU-ROUSSEL P.
Hémorragie intrapéritonéale par éclatement de tumeurs bilatérales des ovaires (lutéinome malin) au début d'une grossesse - Maroc méd. Nov. 1952, n° 330, 908-909 (Bibliogr.)

BROCQ P. ROUVILLOIS C. MATHET P.
Acquisitions récentes sur le diagnostic hormonal, le pronostic et le traitement des tumeurs ovariennes masculinisantes, d'après 204 observations de la littérature mondiale - Mém. Acad. Chir. Juin-Juillet 1954, 80, n° 23-24, 637-644

BROCQ P. ROUVILLOIS C. MATHET P.
Les tumeurs masculinisantes de l'ovaire. Etude critique et statistique des 210 cas signalés dans la littérature mondiale. Presse Méd. 25 Décembre 1955, 63, n° 86, 1782-1784, 7 fig. (Bibliogr.)

CAGAN R.N. WOLF H.M.
Masculinovoblastome : une tumeur ovarienne du type cortico-surrénalien - Amer. J. Obstet. Gynec. Avr. 1957, 73, n° 4, 885-889 (Bibliogr.)

CHRISTENSEN I. TOFT G.
Lutéome féminisant de l'ovaire - Acta Obstet. Gynaec. Scand. 1953, 32, n° 4, 389-398 (Bibliogr.)

CURTIS A.
L'origine de la tumeur ovarienne semblable aux surrénales - Amer. J. Obstet. Gynec. Juillet 1946, 1, 115-122, 6 fig.

DE ALVAREZ R.R. MENDELSON E.G. CASTELLANOS H. LUNDY L.E.
Tumeurs ovariennes lipoïdes virilisantes - Obstet. and Gynec. Juin 1970, 35, n° 6, 956-962 (Bibliogr.)

DE BRUX
Histopathologie gynécologique
p. 312-314, 344-349

DOUGLAS G.R. DOUGLAS G.C. DOUGLAS C.F.
Tumeurs de l'ovaire : tumeurs endocrines et autres tumeurs rares - J. Int. Coll. Surg. Nov. 1951, 16, n° 5, 567-577

DOUGLASS H.
Tumeur masculinisante de l'ovaire de type surrénalien - Amer. J. Obstet. Gynec. Fév. 1947, 53, n° 2, 190-198, 10 fig. (Bibliogr.)

DUBRAUSZKY V.
Les tumeurs ovariennes productrices d'hormones - Dtsch. Méd. Wschr. 16 Juillet 1949, 74, n° 27-28, 856-859

EMGE L.A.
Classification des tumeurs ovariennes - Amer. J. Obstet. Gynec. Juillet 1954, 68, n° 1, 348-355 (Bibliogr.)

EPSTEIN J.A. LEVINSON C.J. KUPPERMAN H.S.
Tumeur ovarienne sur vestige surrénalien (masculinovoblastome) simulant un virilisme surrénal - Amer. J. Obstet. Gynec. Nov. 1957, 74, n° 5, 982-988, 4 fig. (Bibliogr.)

FLYNN R.
Lutéome de l'ovaire - Méd. J. Austr. 22 Mars 1952, 39, n° 12, 408-409

GADD C.B. HELLSTEN H. KNUTSON F.
Masculinovoblastome (tumeur pseudosurrénalienne). Une tumeur ovarienne virilisante rare - Acta Obstet. Gynaec. Scand. 1960, 39, n° 2, 239-258, 8 fig. (Bibliogr.)

GEMZELL C.A. TILLINGER K.G. WESTMAN A.
Lutéinisation diffuse du stroma de l'ovaire avec syndrome de masculinisation et hyperplasie de l'endomètre. C.R. d'un cas - Acta Obstet. Gynaec. Scand. Janv. 1956, 35, n° 1, 42-56 (Bibliogr.)

GIORDANO A.S. HAYMOND J.L.
Luteinized granulosa cell tumor of ovary (luteoma) - Amer. J. Clin. Path. 1944, 14, 28-33

HALLETT J.J. HOLLER J.W.
Hirsutisme dû à un masculinovoblastome - N.Y. St J. Méd. 15 Sept. 1953, 53, n° 18, 2095-2097 (Bibliogr.)

JOYEUX R. COLIN R. MONTEIL-SEURIN J.
Lutéinome ovarien bilatéral - Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. Franç. Juillet - Septembre 1961, 13, n° 4, 440

KEPLER E.J. DOCKERTY M.B. PRIESTLEY J.T.
Tumeur adrénaliforme associée à un syndrome de Cushing (dit masculinovoblastome, lutéome, hypernéphrome, cancer cortico-surrénal de l'ovaire) - Amer. J. Obstet. Gynec. 1944, 47, n° 1, 43-62

LAFFARGUE P.
Tumeurs mâles de l'ovaire. Etude anatomopathologique - Presse Méd. 22 Juin 1955, 63, n° 46, 959-961, 13 fig.

LAFFARGUE P. SANSO A.
Classification histologique des tumeurs mâles de l'ovaire - Bull. Alg. Carcinol. 1955, 8, n° 26 196-197

LEES D.H. PAINE C.G.
Tumeurs lipoïdes masculinisantes de l'ovaire avec compte-rendu d'un cas - J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. Oct. 1958, 65 n° 5, 710-717, 12 fig. (Bibliogr.)

MATHET P.
Les tumeurs masculinisantes de l'ovaire - Thèse Paris Juin 1954, n° 452, 123 pp.

MERIVALE W.H.H. FORMAN L.
Un cas de masculinovoblastome - Brit. Méd. J. 17 Mars 1951, n° 4706, 560-563 (Bibliogr.)

MICHAELSON E.T.
Tumeur masculinisante de l'ovaire à cellules lipoïdes - N.Y. St J. Méd. Juil. 1950, 50, n° 14, 1745-1746, 2 fig. (Bibliogr.)

MORROW L.B. THOMPSON R.J. MELLINGER R.C.
Tumeur des cellules lipoïdes ovariennes. Réaction des stéroïdes urinaires aux corticotrophines surrénaliennes et aux gonadotrophines chorioniques - J. Clin. Endocr. Déc. 1968, 28, n° 12, 1756-1762 (Bibliogr.)

NOKES J.M. CLAIBORNE H.A.
Evaluation clinique des tumeurs masculinisantes de l'ovaire - Ann. Sur. Juin 1956, 143, n° 6, 729-739, 14 fig. (Bibliogr.)

OAKLEY N.W. BEILBY J.O.W.
Virilisation due à une tumeur ovarienne à cellules lipidique - Proc. Roy. Soc. Méd. Janv. 1969, 62, n° 1, 40-42 (Bibliogr.)

OSBORN R.H. BRADBURY J.T. YANNONE M.E.
Etudes des androgènes chez une malade avec tumeur de l'ovaire avec cellules lipoïdes - Obstet. and Gynec. Mai 1969, 33 n° 5, 666-672, 8 fig. (Bibliogr.)

PAGE S.W.
Ovoblastome masculinisant de l'ovaire. Relation d'un cas - J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. Fév. 1958, 65, n° 1, 112-115, 8 fig. (Bibliogr.)

PEDERSEN J.
Tumeurs ovariennes virilisantes - J. Clin. Endocr. Fév. 1947, 7, n° 2, 115-129, 6 fig. (Bibliogr.)

PEDOWITZ P. POMERANCE W.
Tumeurs de l'ovaire analogues aux tumeurs surrénaliennes - Obstét. Gynéc. Fév. 1962, 19, 183, in Internat Sur. Dig. Juin 1962, 71, n° 6, 374-375

RHODS J.E. ZINTEL H.A. HORN R.C. Jr
Masculinovoblastome ou tumeur masculinisante de l'ovaire - J.A.M.A. 16 Fév.1952 148, n° 7, 551-552, 3 fig.

ROSNER J.H. CONTE N.F. HORITA S. FORSHAM P.H.
Production in vivo et in vitro de testostérone par une tumeur ovarienne lipoïde - Amer. J. Méd. Oct. 1964, 37, n° 4 638-642 (Bibliogr.)

ROZENBAUM H.
Monographie Clin-Byla 1971 - Le corps jaune

SALVATI A.
Tumeurs sécrétantes de l'ovaire -(tumeur de la granulosa, thécome, arrhénoblastome, disgerminome, gonadoblastome, choriocarcinome, lutéome, hypernéphrome) - Minerva Méd. Janv. Fév. 1972, 63, n° 38 (suppl. n° 15), 18-21

SANDBERG A.A. SLAUNWHITE W.R. JACKSON J.E. FRAWLEY T.F.
Biosynthèse des androgènes par une tumeur ovarienne à cellules lipoïdiques - J. Clin. Endocr. Sept. 1962, 22, n° 9, 929-934 (Bibliogr.)

SAPHIR O.
Les soi-disant tumeurs des cellules lutéiniques - Amer. J. Obstet. Gynec. Juin 1939, 37, n° 6, 1008-1014

SCULLY R.E.
Lutéome de l'ovaire. Un type distinct de tumeurs à cellules lipoïdes. Cancer, Juin 1964, 17, n° 6, 769-778, 14 fig. (Bibliogr.)

SENEZE J. VIGNE CI.
Tumeurs de l'ovaire solides et kystiques E.M.C., Traité gynécologique, fasc. 680 AIO, 2-1966

SOBRINHO L.G. KASE N.G.
Tumeur ovarienne surrénalo-cellulaire. Rapport d'un cas - Obstet. and Gynec. Déc. 1970, 36, n° 6, 895-898 (Bibliogr.)

TWOMBLY G.H.
Lutéome de l'ovaire - Amer. J. Obstet. Gynec. Juin 1946, 51, n° 6, 832-841 (Bibliogr.)

VARANGOT J.
Les tumeurs masculinisantes de l'ovaire. Bruxelles Méd. 4 Janvier 1953, 33, n° 1, 18-29 (Bibliogr.)

VARANGOT J.
Revue du Praticien Juin 1965, XV, n° 16, 2119-2132

VARANGOT J. BIGNON-SCHNIRER J.
Revue du Praticien Juin 1965, XV, n° 16, 2187-2202

VERNEJOUL R. (de) RADULESCO J.G.
A propos d'une observation de tumeur de l'ovaire à déterminisme endocrinien. Dissociation des actions hormonales au niveau des récepteurs - Gynec. Obstet. 1952, 4, n° 5, 961-962

WILLIAMS G.A. MENDENHALL W.A.
Tumeur masculinisante de l'ovaire de type surrénalien, associée à un fibromyome hémorragique de l'utérus - Amer. J. Obstet. Gynec. Mars 1947, 53, n° 3, 525-528 (Bibliogr.)

X...
Virilisation d'une femme de 56 ans. Tumeur de l'ovaire à cellules lipoïdes - New Engl, J. Méd. 20 Fév. 1969, 280, n° 8 438-444 (Bibliogr.)

Vu, le Président de thése

Pr. J. BAUMANN

Vu, le Doyen de la faculté

Pr. J. BAUMANN

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

R. MALLET